

**Wniosek o zwrot składki
do polisy numer _____**



Ubezpieczający

Imię i nazwisko / nazwa _____

Adres (ulica, nr) _____

Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

PESEL/ NIP _____ / _____

Telefon _____

E-MAIL _____

Proszę o zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony, na poniżej wskazany rachunek bankowy:

Właściciel rachunku _____

Numer rachunku bankowego _____

Data i podpis Ubezpieczającego

UWAGA:

Do wniosku dołącz kopię dokumentu potwierdzającego sprzedaż/zbycie/utrata pojazdu.

Dokumenty prześlij na adres biuro@click4insurance.pl lub pocztą tradycyjną na adres:

Click4Insurance Sp. z o.o.
ul. Woźniwy 20 lok. 6
02-908 Warszawa